

Gorzyce, dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
Ulica

.....
Miejscowość

Oświadczenie

Oświadczam, że jako opiekun prawny Pani/Pana
Zostałam/zostałem poinformowana/y o konieczności niezwłocznego informowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Gorzycach o każdej zmianie dotyczącej mojego prawa do otrzymywania wynagrodzenia z tytułu sprawowania opieki, w szczególności o:

- zgonie osoby ubezwłasnowolnionej - poprzez dostarczenie aktu zgonu,
- zmianie opiekuna prawnego,
- zmianie miejsca stałego zameldowania.

Jednocześnie jestem świadoma/świadomy, iż nie poinformowanie Ośrodka Pomocy Społecznej w Gorzycach o zmianach mających wpływ na wypłatę wynagrodzenia dla opiekuna będzie skutkować zwrotem nienależnie pobranych świadczeń z pomocy społecznej.

.....
podpis